

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00011 vom 24. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00011)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00011 du 24 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00011 del 24 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1964 geborene X.\_\_\_\_ bezieht seit 1. Oktober 2009 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung (Urk. 8/61). Im Februar 2014 leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eine Rentenrevision ein (Urk. 8/71). Sie holte aktuelle medizinische Auskünfte beim

behandelnden Psychiatern im Medizinischen Zentrum Z.\_\_\_\_

ein und beauftragte Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer psychiatrischen Abklärung (Gutachten vom 27. November 2014, Urk. 8/81 /1-16).

Gestützt darauf teilte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. Januar 2015 die beabsichtigte Renteneinstellung mit (Urk. 8/82). Die Versicherte liess sich am 21. Januar und 27. März 2015 dazu vernehmen (Urk. 8/83, Urk. 8/91). Am 5. Mai 2015 äusserte sich der Gutachter zu den erhobenen Einwendungen (Urk. 8/93). Daraufhin setzte die IV-Stelle der Versicherten am 24. Juni 2015 eine zwanzigtägige Frist zur Stellungnahme an (Urk. 8/95), erliess aber bereits am 21. Juli 2015 eine renteneinstellende Verfügung (Urk. 8/97). Nach Intervention der damaligen Rechtsvertreterin der Versicherten (Urk. 8/98) hob die IV-Stelle am 28. Juli 2015 ihre Verfügung wiedererwägungsweise auf (Urk. 8/99). Am 14. August 2015 ging die Stellungnahme der Versicherten

ein (Urk. 8/101), welcher ein Schreiben der behandelnden Fachpersonen des Medizinischen Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2015 bei lag

(Urk. 8/100). Auch hiezu holte die IV-Stelle eine Stellungnahme des

Dr. A.\_\_\_\_

(vom 10. Oktober 2015) ein (Urk. 8/109) und stellte mit Verfügung vom 17. November 2015 die Rente ein (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 57a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheid mit (Satz 1). Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts zu ermöglichen und dadurch die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 106 E. 2.7). Ob die IV-Stelle, wenn sie auf Einwand der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, unter anderem von der inhaltlichen

Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_606/2014 vom 9. Dezember 2014, E. 2.1).

Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht vereinbar wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

### **E. 1.2**

Im Schreiben vom 7. Oktober 2015 (Urk. 8/109) nahm Dr. A.\_\_\_\_

Stellung zu der von den behandelnden Fachpersonen des Medizinischen Zentrums Z.\_\_\_\_ am 20. Juni 2015 (Urk. 8/100) erhobenen Kritik an seinem psychiatrischen Gutachten. In der Folge übernahm die Beschwerdegegnerin weite Teile von Dr. A.\_\_\_\_s Schreiben zur Begründung der renteneinstellenden Verfügung vom 17. November 2015 (Urk. 2 S. 3). Zu diesen Ausführungen des Gutachters konnte sich die Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nicht äussern, wurde ihr doch vorgängig weder Dr. A.\_\_\_\_s Schreiben zur Stellungnahme zugestellt noch dessen Inhalt im Rahmen eines neuen Vorbescheids eröffnet. Dadurch hat die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt.

Im Zusammenhang mit der Beschwerdeerhebung konnte sich die rechtskundig vertretene Beschwerdeführerin allerdings umfassend zu sämtlichen Akten und insbesondere zu Dr. A.\_\_\_\_s Argumenten äussern. Auf die Rüge des Verfahrensmangels und auf einen Rückweisungsantrag verzichtete sie. Unter diesen Umständen darf die Heilung der Gehörsverletzung angenommen und auf eine Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur (formell) korrekten Gewährung des rechtlichen Gehörs verzichtet werden (vgl. vorerwähntes Bundesgerichtsurteil 9C\_606/2014 vom 9. Dezember 2014 E. 2.3 in fine).

## **E. 2**

.

### **E. 2.1**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

### **E. 2.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender

Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 2.4**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

#### **E. 2.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkenntnisse (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 3 .

Die Beschwerdegegnerin begründet die Renteneinstellung gestützt auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

vom 27. November 2014 im Wesentlichen damit, dass die Beschwerdeführerin aufgrund einer wesentlichen Verbesserung ihres Gesundheitszustandes einer Tätigkeit zu einem Pensum von 80 % nachgehen könnte. Damit verneinte sie eine Erwerbseinbusse in dem mit 70 % gewichteten Erwerbsbereich. Auch in dem mit 30 % gewichteten Haushaltsbereich verneinte sie eine Einschränkung, weil sich die Beschwerdeführerin die Arbeit frei einteilen könne (Urk. 2 S. 2) .

Demgegenüber

bestreitet die Beschwerdeführerin eine Besserung ihres Gesundheitszustandes und bemängelt sowohl das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ als auch die Anwendung der gemischten Methode (Urk. 1 S. 6 ff.). 4. 4 .1

Die Rentenzusprache vom 19. Mai 2011 beruhte auf einer Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 30 % im Beruf und zu 70 % im Haushalt Tätige (Urk. 7/59, Urk. 7/61).

Im Rahmen der rentenaufhebenden Verfügung vom 17. November 2015 belass die Beschwerdegegnerin die bisherige Qualifikation (Urk. 2 S. 2). Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, im Gesundheitsfall wäre sie voll erwerbstätig, um nach Scheidung und Auszug der Kinder für ihren Lebensunterhalt aufkommen zu können (Urk. 1 S. 8 f.). 4 .2

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung

bestünde. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV).

Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind in dessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_287/2013 vom 8. November 2013 E. 3.5

und 8C\_511/2013 vom 30. Dezember 2013, je mit Hinweisen). 4.3

Vorliegend ist bei der Beurteilung der Statusfrage zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens einen Vier-Personen-Haushalt zu betreuen hatte (vgl. Abklärungsbericht vom 21. Januar 2011, Urk. 8/49 S. 3). Inzwischen ist sie geschieden und die beiden nunmehr erwachsenen Söhne wohnen nicht mehr bei ihr. Auch hat sich ihre finanzielle Lage verschlechtert;

entsprechend wird sie nun von den Sozialen Diensten der Stadt Zürich unterstützt. Es darf angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ihr Pensum erhöht hätte, nicht zuletzt um für ihre Lebenshaltungskosten selbständig aufkommen zu können. Unter den gegebenen Umständen erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass sie hypothetisch im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig wäre, weshalb die Invaliditätsbemessung nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen hat.

## **E. 5**

.1

### **Referenzzeitpunkt**

für die Prüfung einer allfälligen anspruchrelevanten Änderung bildet die Verfügung vom 19. Mai 2011 (Urk. 8/59). Die Rentenzusprache beruht auf den Annahmen einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich sowie einer Einschränkung im Haushaltsbereich von 42.5 %. Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von med. pract. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Juli 2010 (Urk. 8/50 S. 4 f.). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 8/43 S. 7): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-

## E. 10

F33.11) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Soziale Faktoren: - Selbstschädigung als parasuizidale Handlung (ICD-10 Z91.5) - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) - Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) - Sonstige belastende Lebensumstände (ICD-10 Z63.7)

Zum damaligen Psychostatus führte die Gutachterin aus, der formale Gedankengang sei verlangsamt, gehemmt und eingengt auf den Verlust der Kinder und die Aussenbeziehung des Ehemannes. Die Explorandin nehme praktisch keinen Blickkontakt auf, wirke zwischendurch wie weggetreten, mit wechselnd misstrauischem und erstarrtem Blick und nahezu aufgehobener Mimik und Gestik. Fragen müssten mehrmals wiederholt werden. Trotz Übersetzerin erscheine es so, als ob sie den Inhalt nicht verstehe. Der Gedankengang erscheine gesperrt. Die Gedanken würden nicht zu Ende geführt. Der Gesprächsleitfaden reisse immer wieder ab. Wegen der erschwerten Auffassung, der mangelnden Konzentration und der Vergesslichkeit könne die Arbeitsanamnese nicht ordentlich erhoben werden. Auch über die Herkunftsfamilie könne die Explorandin keine genauen Angaben machen. Es bestehe ein Schuldwahn. Die Explorandin fühle sich schuldig an der Situation ihrer kranken, drogenabhängigen Söhne und am Fremdgehen ihres Ehemannes. Sie meine, eine schlechte Mutter und eine schlechte Ehefrau zu sein. Sie berichte über Stimmenhören; Stimmen die ihr sagten, dass man kommen wolle, um sie zu erwürgen. Sie sei psychomotorisch unruhig und wippe während des gesamten Gesprächs leicht mit dem Oberkörper nach vorn und hinten. Zwischendurch reibe sie ihre Knie (S. 6).

Weiter stellte die Gutachterin selbstschädigendes Verhalten fest. An beiden Handgelenksinnenseiten zeigten sich mehrere frische rote Striemen. Auf Nachfrage habe die Explorandin erzählt, dass sie sich am Vortag mit einem Messer geritzt habe, als sie sich wieder einmal nicht als gute Mutter, als gute Frau gefühlt habe. Es bestehe eine deutlich gedrückte Stimmungslage mit Verlust von Selbstwert und Selbstsicherheit. Die Explorandin schluchze und weine fast während der gesamten Exploration. Sie wirke innerlich unruhig und aufgewühlt. Die Schwingungs- und Kontaktfähigkeit erscheine aufgehoben. Die Explorandin sei antriebsarm beziehungsweise antriebsgehemmt und liege nahezu den ganzen Tag im Bett. Sie könne sich nur schwer zu etwas durchringen. Auch bestehe ein sozialer Rückzug. Kontakte bestünden nur noch mit wenigen Familienmitgliedern. Es würden häufige suizidale Gedanken angegeben. Der Gedanke, die Kinder retten zu wollen und zu können, erhalte sie am Leben. Aus Angst, als geschiedene Frau von der Familie verstossen zu werden, lasse sie sich nicht scheiden (S. 6).

Mit Bezug auf die Prognose ging med. pract. B. \_\_\_ davon aus, dass die therapeutischen Möglichkeiten trotz einer gewissen Chronizität mit Fortbestehen der Belastungsfaktoren noch nicht ganz ausgereizt seien. Therapeutisch komme noch eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Frage, die so noch nicht stattgefunden habe. Eine Tagesstrukturierung, eine Ressourcenaktivierung und ein Milieuwechsel sowie das Erlernen von Coping-Strategien würden bei der Behandlung der depressiven Symptomatik eine wichtige Rolle spielen. Auch könne im Rahmen der stationären Behandlung eine genauere psychopharmakologische Neueinstellung durchgeführt werden. Wahrscheinlich sei die Explorandin aktuell unterdosiert. Nach einer solchen Behandlung sollte die Explorandin wieder fähig sein, ihren Alltag zu gestalten und das relativ geringe

Arbeitspensum von 28 % im Reinigungsdienst wieder aufzu nehmen (S. 9) . 5 .2 5 .2 .1

Im Rahmen der im Februar 2012 eingeleiteten Ren tenrevision holte die Beschwer degegnerin zunächst Auskünfte des behandelnden Psychiaters vo m Medizinischen Zentrum Z.\_\_\_\_ ein . Im Bericht vom 2. Juni 2014 (Urk. 8/75) stellte dieser folgende Diagnosen : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) bei St.n . schwerer Episode mit psychotischen Symptomen F33.3 in Folge der Erkrankung zunehmende Vereinsamung und Verwahrlosung (vom Ehemann verlassen und beide Söhne d rogenabhängig) - St.n . 2 Suizidversuchen 2008 (ICD-10 X61) - Asthma bronchiale, Adipositas

Laut Bericht ist die Beschwerdeführerin äusserlich ungepflegt und nervös. In der emotionellen Kontaktaufnahme sei s ie abwartend bis verlangsamt. Oft erfolge eine externalisierte Schuldzuweisung. Die Beschwerdeführerin sei im S pontan verhalten passiv. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert und affektiv oft unkontrolliert mit Weinen. Im Gesprächsverlauf sei d ie Beschwerdeführerin af fektlabil aber verbal mitteilungsaktiv. Sie schildere ihr Symptomerleben und v erhalten in Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungen. Kogni tiv sei sie in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis deutlich verlangsamt. Das Denken sei formal beweglich , aber inhaltlich selten problemzentriert. Der affektive Rapport sei herstellbar. Aktuell bestünden To deswünsche , aber keine akute Suizidalität. 5 .2.2

Vom 15. September bis 2. Oktober 2014 war die Beschwerdeführerin in der Psy chiatrischen D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 5. November 2014 (Urk. 8/81/17-20) wurden folgende Diagnosen genannt: - F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psy chotischen Symptomen (Verfolgungserleben) - J45.9 Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet

Die Klinikärzte gaben sodann an,

d ie Beschwerdeführerin habe nur sporadisch am Therapieprogramm der Station teilgenommen. Sie habe jedoch in gutem Kontakt mit türkisch-sprechenden Mitpatienten gestanden und sei dabei schwingungsfähig und humorvoll gewesen. Sie habe die ihr empfohlene Teil nahme an einer ambulanten Ergotherapie beziehungsweise an einem Programm der „ E.\_\_\_\_ “ abgelehnt. Auch habe sie am Austrittstag die Installation einer psychosozialen Spitex kurzfristig abgesagt.

D ie Symptomatik sei am ehesten durch eine psychosoziale Belastungssituation mit einer depressiven und ängstlichen Reaktion erklärbar. Für eine langfristige Symptomremission wäre ein systemischer Ansatz mit familientherapeutischen Interventionen sinnvoll , mit Fokus auf das Verh ältnis der Patientin zu ihren Sö hnen. 5 .2.3

Dr. A.\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 27. November 2014 (Urk. 8/81 /1-16 ) folgende Diagnosen: Mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: F45.4 - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F33.0 - Rezidivierende depressive Störung, ggw . leichtgradige Episode Ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Z63 - St.n . Eheproblemen, Schwierigkeiten mit drogenabhängigen Söhnen Z60.3 - Mässige kulturelle Integration

Weiter führte der Gutachter aus, die Versicherte empfinde bis heute Ängste vor den Söhnen, da sie von diesen immer wieder bedroht werde. So sollten sie ihr Sachen entwendet und ihren Goldschmuck verkauft haben. Weil sie unter Schuldgefühlen leide, wage sie es

nicht, den Söhnen ein Hausverbot zu erteilen.

Bis im Frühjahr 2010 seien die Eheprobleme virulent gewesen. Damals sei es zur Trennung gekommen. Der Ehemann sei unterdessen in die F.\_\_\_\_ zurückgekehrt, was zu einer Entspannung bei der Versicherten geführt habe. Die un günstigen familiären Verhältnisse hätten sich also gebessert. Leider gelte dies nicht hinsichtlich der Söhne, die weiterhin drogenabhängig seien und ihre Mutter belasteten. Die Beschwerdeführerin lebe allein in ihrer 4-Zimmer-Wohnung, wo sie gemäss ihren Angaben die Haushaltsarbeiten wieder einigermassen selber erledigen könne. 2010 sei bei der Begutachtung durch med. pract . B.\_\_\_\_

festgestellt worden, dass die Versicherte ein selbstschädigendes Verhalten gezeigt habe. Zudem sei sie antriebsarm gewesen und habe nahezu den ganzen Tag im Bett gelegen. Damals soll es auch zu Stimmenhören gekommen sein. In dieser Hinsicht seien heute keine Befunde mehr vorhanden. Frische Verletzungen an den Armen seien nicht nachweisbar. Auch gebe die Versicherte an, keine Stimmen zu hören. Die Tagesgestaltung sei besser geworden (S. 9).

Die geschilderte Verbesserung zusammen mit den aktuellen Befunden liesse den Schluss zu, dass die depressive Episode derzeit nur leichtgradig ausgeprägt sei: Die Versicherte sei nur leicht verstimmt und könne sich mehrmals stimmungsmässig auffangen. Allerdings bereite ihr das Erzählen über ihre Söhne Mühe. Die Konzentration sei einigermassen ordentlich. Die Beschwerdeführerin äussere keine unbegründeten Ängste. Auch verneine sie ein Stimmenhören. Bei der aktuellen Laboranalyse habe sich gezeigt, dass der Spiegel von Seroquel und Zyprexa weit unter den Referenzwerten liege. Der Spiegel von Cymbalta sei auch zu tief (S. 9).

Währendem sich also die psychische "Komorbidität" verbessert habe, habe sich in den letzten Jahren eine psychosomatische Überlagerung der körperlichen Probleme eingestellt beziehungsweise verstärkt. Die Versicherte leide oft an Herzschmerzen;

sie befürchte, einen Herzinfarkt zu erleiden. Auch sonst beklage sie Schmerzen von oft brennendem Charakter im ganzen Körper sowie ein Ameisenlaufen in den Extremitäten. Es seien ungünstige krankheitsfremde Faktoren in erheblichem Ausmass vorhanden.

So sei die Versicherte seit Jahren nicht mehr arbeitstätig, sie lebe allein und es bestünden erhebliche Probleme mit ihren Söhnen; sie sei zwar Schweizer Bürgerin geworden, jedoch sei ihre Integration nur mässig und die Sprachkenntnisse seien ungenügend (S. 9 f.).

Bei der Diskussion über eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zog Dr. A.\_\_\_\_ die Kriterien der damaligen Überwindbarkeitsrechtsprechung heran und stellte fest, dass zwar mehrere der verlangten Kriterien zuträfen, dies jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit zu mehr als 20 % eingeschränkt wäre. Zu dieser Beurteilung führe insbesondere die Tatsache, dass keine schwergradige eigenständige psychische Komorbidität nachweisbar sei (S. 10 f.).

Hinsichtlich der Beurteilung des behandelnden Psychiaters vom Medizinischen Zentrum Z.\_\_\_\_ führte der Gutachter aus, dass die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode seit ein bis zwei Jahren nicht mehr gelte. Vermutlich bestehe beim Arzt Unkenntnis über die ungenügende medikamentöse Compliance seiner Patientin. Dessen angeführte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit könne nicht nachvollzogen werden (S. 13).

Mit Bezug auf die Mitarbeit der Beschwerdeführerin im Rahmen des bisherigen psychiatrischen Therapieprozess es gab er an, die Versicherte habe anlässlich der Hospitalisation im Herbst 2014 nur sporadisch am Therapieprogramm der Station teilgenommen. Sie habe zudem am 3. November 2014 eine ungenügende medikamentöse Compliance gezeigt (S. 13).

Abschliessend ging der Gutachter davon aus, dass die bisher ausgeübte Hilfsarbeit als angepasst beurteilt werden könne. Die Beschwerdeführerin sei vermutlich bis 2012 zu 60 %

arbeitsunfähig geblieben. Seither habe sich eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % eingestellt. Im Haushalt sei sie nicht eingeschränkt. Sie könne hier die Arbeit freiteilen, was ihr entgegenkomme. Die Ressourcen seien subjektiv deutlich eingeschränkt. Dies aber könne aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Zudem müsse darauf hingewiesen werden, dass die Versicherte dekonditioniert sei. Dieser Zustand sei überwindbar, da er nicht durch eine psychische Komorbidität herbeigeführt werde (S. 14 f.). 5.2.4

Nachdem die behandelnden Fachpersonen des Medizinischen Zentrums Z. \_\_\_ am 18. März 2015 zu Dr. A. \_\_\_s Gutachten Stellung genommen (Urk. 8/90) und Dr. A. \_\_\_ am 5. Mai 2015 darauf geantwortet hatte (Urk. 8/93), äusserten sich die Ersteren erneut dazu.

Ihrem Schreiben vom 20. Juli 2015 (Urk. 8/100) lässt sich entnehmen, dass der Serumspiegel der verschriebenen Medikamente bereits 2008 laborchemisch unter dem Referenzwert lag. Sie wiesen darauf hin, dass die Beschwerdeführerin behauptete, die Medikamente regelmässig einzunehmen. In der psychiatrischen Universitätsklinik sei bei Abgabe der Medikamente durch die Pflege auch keine Verbesserung eingetreten, weshalb von einer ungenügenden Aufnahme der Medikation im Blut auszugehen sei. Die Patientin sei durch die vorhandenen massiven Ängste teilweise vollständig verwirrt und verängstigt. Eine Konzentration auf einen längeren Gesprächsinhalt sei kaum möglich. Es träten immer wieder Perseverationen betreffend Schuldgefühle gegenüber ihren Söhnen auf. Während einer einständigen neuropsychologischen Testdiagnostik hätten sich eindeutige kognitive Beeinträchtigungen gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe sowohl eine unterdurchschnittliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung als auch unterdurchschnittliche Leistungen des Arbeits- und Frischgedächtnisses gezeigt. 5.2.5

Dr. A. \_\_\_ entgegnete am 7. Oktober 2015 (Urk. 8/109), anlässlich der gutachterlichen Untersuchung weder anamnestisch noch befundmässig Hinweise für eine Konzentrationsstörung vorgefunden zu haben. Die zu Beginn des Untersuchungsgesprächs festgestellte leichte Ablenkbarkeit habe sich bald gelegt und sei auf die anfängliche Aufregung zurückzuführen gewesen. Ebenso sei im ausführlichen Austrittsbericht der Psychiatrischen D. \_\_\_ vom 5. November 2015 keine diesbezügliche Symptomatik beschrieben worden. Bei der Beschwerdeführerin seien auch keine Unfälle mit Schädelverletzung oder hirnorganischen Krankheiten bekannt, weshalb die Durchführung eines neuro (psycho)logischen Tests nicht indiziert gewesen sei (S. 2 f.). 6.6.1

Das psychiatrische Gutachten des Dr. A. \_\_\_ vom 27. November 2014 (E.

5.2.3) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Es

beruht auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Der Gutachter schilderte ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzte sich detailliert damit sowie mit dem psychosozialen Kontext auseinander. Die Expertise wurde in Kenntnis der Vorakten, insbesondere des Gutachtens von med. pract. B.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2010 (E. 6.1),

abgegeben und sie leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen von Dr. A.\_\_\_\_

als begründet.

Der Gutachter würdigte namentlich die von der Beschwerdeführerin geschilderte aktuelle Symptomatik, welche im Vergleich zu der von med. pract. B.\_\_\_\_

noch beschriebenen Situation

bei mittelschwerer Episode auf eine Besserung des depressiven Leidens hinweist (keine frischen Zeichen für selbstschädigendes Verhalten, aktivere Tagesgestaltung bei gebessertem

Antrieb, kein Stimmenhören; Urk. 8/81/1-16 S. 9). Selbst die Beschwerdeführerin bezeichnete ihren Gesundheitszustand als verbessert (Urk. 8/81/1-16 S. 5). Weiter sind seit der ersten Begutachtung relevante Veränderungen in den Lebensumständen der Beschwerdeführerin eingetreten, welche gemäss der Einschätzung von med. pract. B.\_\_\_\_ zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik führen sollten (Urk. 8/43 S. 9). So brachten die Trennung vom Ehemann und der Auszug der beiden Söhne eine gewisse Entspannung. Ausserdem ist die Beschwerdeführerin

wie bereits erwähnt nun in der Lage, ihren Alltag deutlich besser

zu strukturieren. Aus diesem Blickwinkel ist Dr. A.\_\_\_\_s Schlussfolgerung einer

gebesserten beziehungsweise nur noch

leichtgradigen Symptomatik nachvollziehbar (zum Umstand, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, in der Regel invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_813/2016 vom 10. März 2017 E. 4 mit Hinweisen). 6.2  
6.2.1

6.2.1.1 Bezüglich der von Dr. A.\_\_\_\_

(unter Hinweis auf die von der Beschwerdeführerin angegebenen Herz- sowie brennenden Schmerzen im ganzen Körper)

diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist Folgendes festzuhalten:

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert (BGE 141 V 574 E. 3.4). Es erfolgte damit nicht eine Änderung der Voraussetzungen für den Leistungsanspruch, sondern die Schaffung neuer Standardindikatoren für dessen Beurteilung und eines strukturierten, ergebnisoffenen

Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 3.6 und E. 6; BGE 141 V 585 E. 5.3). Unverändert ist auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge der objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 unter Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 8.1; BGE 141 V 585 E. 5.3).

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Praxisänderung gemäss BGE 141 V 281 ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGE 139 V 547 E. 9.2.1). Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr in BGE 141 V 281 konkretisiert. Aus den medizinischen Unterlagen muss genauer als bisher ersichtlich sein, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und

in der Folge

Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargestellt werden kann, trägt weiterhin die materiell beweibelastete versicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen

Ausmass nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 574 E. 4.2).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten

- Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). 6.2.1.2

Gutachten, die wie hier nach altem Verfahrensstandard eingeholt wurden, verlieren entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6)

nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und der erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8). Es ist eine frei überprüfbare Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 141 V 281 E. 7). 6.2.2 6.2.2.1

Unter dem Komplex Gesundheitsschädigung muss zunächst die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde erörtert werden. Bei diesem Indikator geht es darum, die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung festzustellen, d.h. Schwere und Ausmass des Krankheitsgeschehens (vgl. Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 23 f. mit Hinweisen).

Der Gutachter Dr. A. \_\_\_ legte nachvollziehbar dar, dass aufgrund der geklagten körperlichen Beschwerden in Zusammenhang mit den deutlich ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren eine psychische Überlagerung angenommen werden muss. Unter Hinweis darauf, dass die Schmerzen den Hauptfokus der Interessen der Beschwerdeführerin bildeten, schloss

er auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Nach ihren Angaben glaubt die Beschwerdeführerin, wegen ihrer körperlichen Krankheiten nicht wieder arbeiten zu können (Urk. 8/81 /1-16 S. 6). Dies steht im Gegensatz zum Fehlen einer relevanten somatischen Erkrankung und eines schweren psychischen Leidens. Bei dieser Aktenlage ist ein erheblicher funktioneller Schweregrad des Leidens zu verneinen. 6.2.2.2

Eine psychiatrische Komorbidität liegt nicht vor. Insbesondere stellt die Diagnose einer nunmehr leichten depressiven Episode rechtsprechungsgemäss keine solche dar (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_489/2016 vom 29. November 2016 E. 6.5; Michael E. Meier, a.a.O., S. 27). 6.2.2.3

Beim Komplex

sozialer Kontext ist

zwar ein gewisser Rückzug von sozialen Aktivitäten auszumachen. Dieser ist jedoch eher auf die familiären Umstände und die fehlende Erwerbstätigkeit als auf eine Krankheit zurückzuführen. So lebt die Beschwerdeführerin

nach der Trennung vom Ehemann und dem Auszug der nunmehr erwachsenen Söhne allein. Doch bemüht sie sich, ihren Tag regelmässig zu gestalten. Sie geht täglich aus dem Haus und unternimmt Spaziergänge in einem nahegelegenen Wald.

Oft trifft sie ihre Schwester und isst mit ihr zu Mittag. Manchmal trifft sie auch eine Freundin. Sie erledigt ihre Einkäufe selbständig und kann die Haushaltarbeiten weitgehend selber ausführen;

für schwere Arbeiten beansprucht sie dagegen manchmal Hilfe.

Regelmässig macht sie Ferien;

sie reist mit dem Flugzeug in ihre frühere Heimat und hält sich dort jeweils drei Wochen lang auf

(Urk. 8/81/1-16 S. 5 f.). 6.2.2.4

Bezüglich der Kategorie Konsistenz ist darauf hinzuweisen, dass die vom Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ veranlasste Laboruntersuchung einen unter dem Referenzbereich liegenden Spiegel der der Beschwerdeführerin abgegebenen Medikamente ergab (Urk. 8/81 S. 8). Der vom Gutachter gezogene Schluss auf eine ungenügende medikamentöse Compliance ist nachvollziehbar,

zumal die Beschwerdeführerin bei Eintritt in die Psychiatrische D.\_\_\_\_ am 15. September 2014 an gab, ihre Tabletten unregelmässig einzunehmen (Urk. 8/81/17-20 S. 2). Vor diesem Hintergrund erscheint die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte ungenügende Aufnahme der Medikation im Blut (Urk. 1 S. 8 f.) als eher unwahrscheinlich, womit die Beschwerdeführerin zu Recht auf entsprechende Abklärungen verzichtet. Darüber hinaus weist auch das Verhalten der Beschwerdeführerin während der Hospitalisation in der Psychiatrischen D.\_\_\_\_

nicht auf einen erheblichen Leidensdruck hin. Wenngleich sie sich infolge einer Verschlechterung ihres Zustandes (nach Bedrohung durch eine

ihrer Söhne) im Sommer 2014 hospitalisieren liess, nahm sie – die sich im Kontakt mit Mitpatienten offenbar als durchaus schwingungsfähig und humorvoll erwies – nur sporadisch am Therapieprogramm teil und lehnte sowohl eine ambulante Ergotherapie als auch die Installation einer psychosozialen Spitex nach der Entlassung ab (Urk. 8/81/17-20 S. 3; E. 5.2.2

hier vor). Daraus sowie aus den übrigen Akten ergibt sich somit das Bild einer in passiver Erwartungshaltung verharrenden Frau, die kein Interesse an einer Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit hat und bisher auch keine Anstalten in diese Richtung selbständig unternommen hat. 6.2.2.5

Zusammenfassend kann im privaten Bereich zwar von einer gewissen Einschränkung des Aktivitätsniveaus ausgegangen werden, wenngleich hier nicht zuletzt die fehlende Erwerbstätigkeit und die eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten eine Rolle spielen dürften. Auch ist mit der jahrelangen Behandlung im Medizinischen Zentrum Z.\_\_\_\_

ein gewisser Leidensdruck durchaus ausgewiesen. Jedoch lässt sich in einer Gesamtwürdigung nicht auf eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

schliessen. 6.3

Rechtsprechungsgemäss sind psychosoziale Belastungsfaktoren als invaliditätsfremd zu fassen und deshalb auszuklammern (vgl. BGE 140 V 193; 130 V 352 E. 2.2.5; 127 V 294 E. 5a). Damit vermögen die sich aus den Akten ergebenden belastenden Lebensumstände (insbesondere die kulturell bedingten Schamgefühle wegen der Fremdbeziehung des Ex-Ehemanns, die Drogenabhängigkeit der Söhne und die mässige Integration bei ungenügenden Sprachkenntnissen) keine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu begründen. 6.4 6.4.1

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten

Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). 6.4.2

Der Gutachter Dr. A. \_\_\_\_\_

schätzt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht auf 80 %. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht lässt sich eine relevante dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit weder mit der inzwischen nunmehr milden depressiven Symptomatik noch mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch mit den körperlichen Leiden begründen. Angesichts dieser Umstände kann

invalidenversicherungsrechtlich nicht mehr von einer relevanten Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, weshalb die verfügte Rentenaufhebung nicht zu beanstanden ist. 7.7.1

Vorliegend sind bei der Beschwerdeführerin die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung

gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt, weshalb ihrem Gesuch vom 4. Januar 2016 zu entsprechen ist. 7.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800. festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 4. Januar 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin

aufgelegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes  
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom  
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1  
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu  
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel  
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der  
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,  
soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons  
Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Meier-Wiesner

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte  
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.